

LE
DILATATEUR MÉTALLIQUE
DE BOSSI
Dans l'Accouchement Artificiel rapide

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1910

PAR

Albert ABOULKER

Né à Aumale (Algérie), le 13 août 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DE ROUVILLE, Professeur		
		SOUBEYRAN, Agrégé		
		CABANNES, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

—
1910

LE
DILATATEUR MÉTALLIQUE DE BOSSI
DANS L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL RAPIDE

LE
DILATATEUR MÉTALLIQUE
DE BOSSI

Dans l'Accouchement Artificiel rapide

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1910



PAR

Albert ABOULKER

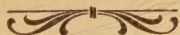
Né à Aumale (Algérie), le 13 août 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ VALLOIS, Professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
CABANNES, Agrégé

} *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de
	pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (*).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
	VALLOIS.
Clinique obstétricale	

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
	SOUBEYRAN, agrégé

G.	CAUSSOL
GRYNFELTT (Ed.)	RICHE.
LAGRIFFOUL.	CABANNES.
	DERRIEN.

Examineurs de la thèse :

MM. VALLOIS, président.	MM. SOUBEYRAN, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	CABANNES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. ABOULKER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
D'ALGER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le remercier de tout l'intérêt qu'il
nous porta, et de la grande confiance
qu'il nous témoigna durant notre
séjour dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ARDIN-DELTEIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
D'ALGER

AGRÉGÉ DES FACULTÉS

*Qui nous traita plus en ami qu'en
maître, en témoignage de notre pro-
fonde gratitude.*

A. ABOULKER.

A MES AMIS

LES DOCTEURS G. SICARD, L. BONNET
J. VIALLET, R. BASCOUL, M. LÉVY, G. TRABUT
A. LAFFONT

En témoignage de notre profonde amitié.

QUE TOUS CEUX QUI NOUS ACCORDÈRENT LEUR CONFIANCE
ET LEUR AMITIÉ TROUVENT ICI L'ASSURANCE DE NOTRE
PROFONDE GRATITUDE.

A. ABOULKER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ

DE MONPELLIER

*Qui nous fit l'honneur de présider notre
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

A. ABOULKER.

LE DILATATEUR MÉTALLIQUE

DE BOSSI

Dans l'Accouchement Artificiel rapide

INTRODUCTION

Nombreuses sont les complications de la grossesse ou de l'accouchement qui, par leur gravité et surtout par le danger qu'elles font courir à la mère ou au produit de la conception, fournissent une indication à l'interruption de cette grossesse et à l'évacuation rapide de l'utérus.

Elles comprennent dans leurs groupes aussi bien des tares organiques, comme les cardiopathies, que des maladies infectieuses, comme la tuberculose, la pneumonie, la fièvre typhoïde, des altérations dans les échanges comme l'albuminurie, ou des accidents graves dans la sphère génitale, tels que placenta prævia, hémorragie rétro-placentaire, procidence du cordon, rupture prématurée des membranes, etc.

Réduire au minimum les divers temps de l'accouchement et en particulier le plus long d'entre tous, c'est-à-

dire celui de la dilatation du col, tel était, tel est encore le but recherché par ceux qui ont recours à l'accouchement artificiel rapide.

Les procédés employés en vue de ces résultats sont très variés, mais tous ne sont pas également capables de déterminer une dilatation rapide et beaucoup sont tombés dans l'oubli.

De ceux qui subsistent actuellement, les uns sont manuels, tel que celui décrit sous le nom de « dilatation bimanuelle de Bonnaire », d'autres utilisent des ballons introduits dans l'utérus au delà du col, les derniers enfin se font à l'aide d'instruments métalliques : bougies de Hégar, écarteur à trois branches de Tarnier, dilatateur de Bossi.

Cette étude étant consacrée spécialement au dilatateur métallique de Bossi, nous ne nous occuperons donc d'aucun des procédés précités.

A notre sens, le ballon de Champetier de Ribes n'est pas capable de fournir une dilatation assez rapide en cas d'urgence extrême.

La bougie de Hégar est un instrument très précieux dans certains cas, lorsque par exemple il s'agit de procéder à une dilatation permettant le passage de curettes, d'écouvillons, ou de pinces à faux germes, quand on désire provoquer un avortement rapide dans les premiers mois.

L'écarteur de Tarnier n'est pas, de l'aveu même de son inventeur, un instrument destiné à dilater le col de l'utérus, mais seulement à provoquer les contractions de cet organe : c'est un excitateur.

Notre travail sera divisé en trois parties :

Dans la première, après avoir fait un rapide historique

et décrit succinctement et l'instrument et sa technique, nous envisagerons en détail les nombreux cas où il devra être employé; ce sera le chapitre important des indications, que nous ferons suivre de celui des contre-indications. Le résumé d'une statistique concernant 107 cas que nous empruntons au professeur Bossi terminera cette première division.

Dans la seconde partie, nous nous occuperons des critiques faites au dilatateur et nous les discuterons à l'occasion.

La troisième et dernière partie sera consacrée à l'étude de quelques cas recueillis à la Maternité d'Alger, à la fin desquels nous concluons.

PREMIÈRE PARTIE

Les dilateurs métalliques ne sont pas une nouveauté dans l'art obstétrical, puisque nous trouvons rapportée dans Guillemeau (1619) une observation qui semble indiquer que les accoucheurs de cette époque étaient déjà en possession d'instruments capables de dilater le col, appelés spéculums dilateurs ; par la suite, Valbaum, Carus, Osiander, Busch, Ellinger, et plus tard encore Jobert de Lamballe, Leblond, Collin, Sims, Müller, inventèrent ou perfectionnèrent des dilateurs métalliques qui tombèrent tous dans l'oubli.

En 1890, le professeur L. M. Bossi, directeur de la clinique d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de Gênes, faisait, au Congrès international de médecine de Berlin, une communication relative à son procédé de dilatation mécanique immédiate du col, et donnait la première description de son instrument.

Depuis cette époque, l'instrument a été maintes fois et heureusement transformé par son inventeur.

Actuellement il est formé de quatre branches métalliques, qui, au contact l'une de l'autre, lorsque l'instrument est fermé, s'écartent excentriquement et délimitent

un carré dont les diamètres sont de 11 centimètres. A chacune de ses extrémités peut être adapté une sorte de capuchon légèrement éversé, muni de saillies transversales destinées à empêcher le glissement de l'instrument hors du col pendant la dilatation. Un mécanisme ingénieux permet l'écartement des branches. Le degré de l'écartement, celui donc de la dilatation, est indiqué par une aiguille mobile sur un cadran divisé en centimètres.

L'instrument affecte dans toute son étendue une légère courbure qui lui permet de suivre l'axe de la filière génitale. Notons enfin que son poids est assez léger (600 grammes), et que la stérilisation parfaite peut en être obtenue immédiatement par flambage.

Quel fut l'accueil que réservèrent les accoucheurs à cet instrument ?

Accueilli avec enthousiasme à l'étranger non seulement en Italie, mais encore en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Espagne, etc., le dilatateur de Bossi ne semble pas avoir trouvé, en France, droit de cité dans l'arsenal obstétrical de nos accoucheurs. Quelques-uns le méconnaissent, beaucoup l'ignorent.

Après une rigoureuse asepsie, la femme, chloroformisée si possible, sera mise dans la position obstétricale ou, mieux encore, dans la position employée pour la taille prérectale ; pour cela, faire maintenir par des aides les jambes et les cuisses fléchies au maximum et portées en abduction : « Ainsi disposée, la femme a le pubis horizontalement dirigé et on est surpris de la facilité avec laquelle le col utérin devient accessible. » Ainsi s'exprimait Tarnier préconisant cette position pour l'application de son instrument.

La femme ainsi disposée, une main est introduite dans

le vagin, la paume dirigée vers la symphyse pubienne, prête à recevoir l'instrument et à lui servir de guide. L'index et le médius de cette main devront être toujours en rapport avec le col utérin, de façon à pouvoir le surveiller soit au moment de l'introduction du dilateur, soit par la suite pendant l'écartement des branches.

L'instrument fermé, muni ou non de ses capuchons protecteurs, selon que le col est déjà un peu dilaté ou non encore perméable, sera introduit par un léger mouvement de demi-rotation sur son axe dans l'intérieur du col et suffisamment enfoncé, pour que l'extrémité des quatre tiges dilatatrices en déborde l'orifice interne. C'est là, nous le verrons, un point de la plus grande importance, si l'on veut éviter des accidents parfois très graves (Obs. I).

Ainsi introduit et continuellement surveillé par les doigts de la main placée dans le vagin, l'instrument est prêt à fonctionner; procéder alors, mais le plus lentement possible (l'urgence de l'indication réglera ce temps), à la dilatation. Pour cela, tourner de la main restée libre le volant placé à la base de l'instrument. Il est très important de n'opérer cette manœuvre de l'écartement des branches que dans l'intervalle des contractions utérines.

Lorsque la dilatation est complète, c'est-à-dire lorsque l'aiguille du cadran correspond au chiffre 10, maintenir un instant l'instrument ainsi déployé dans le col utérin; puis, après l'avoir refermé lentement, l'extraire des parties génitales toujours sur la main guide.

L'accouchement sera terminé, suivant le cas, par une application de forceps, une version ou une basiotripsie dans le cas d'enfant déjà mort.

On peut classer en trois groupes les méthodes qui ont pour but de provoquer l'expulsion du produit de la conception ou de favoriser son extraction par les voies naturelles.

Le premier, qui s'applique le plus souvent en dehors de tout travail, dans le cas d'accouchement prématuré provoqué par exemple, fait appel aux divers moyens d'excitation de l'utérus, parmi lesquels la sonde de Krause, le ballon de Tarnier, de Champetier de Ribes, le dilateur-excitateur de Tarnier. C'est la méthode excitatrice proprement dite, employée quand il n'y a pas urgence absolue.

Le second groupe, lui, fait appel à une intervention plus active, en ajoutant à la provocation de l'accouchement une action mécanique pour hâter la dilatation du col, c'est la méthode excito-dilatatrice, employée et pour provoquer le travail, et pour hâter la dilatation du col soit au cours d'un accouchement provoqué, soit au cours d'un accouchement ayant débuté spontanément et se compliquant par la suite.

Le troisième groupe, essentiellement mécanique, se substitue complètement, telle était du moins l'opinion jusqu'ici soutenue, au travail de la nature; il a pour objet aussi de rendre plus rapidement perméable au fœtus le trajet ceryical. Appliqué soit avant, soit pendant le travail, il répond à ce qu'il est convenu d'appeler accouchement artificiel rapide, accouchement forcé.

De ces trois groupes de méthodes, les deux derniers seuls se rapportent à notre étude, c'est-à-dire la méthode excito-dilatatrice, et la méthode mécaniquement dilatatrice pure. Nous verrons par la suite combien la limite de différenciation existe peu entre ces deux méthodes et comment on peut facilement les fondre en une seule.

Quelles sont donc les indications à ces diverses interventions, et de quel groupe d'intervention sont-elles justifiables ?

Autant la première question trouve une réponse facile, nette et précise, autant la seconde en comporte peu.

Il y a en pathologie obstétricale, comme en toute autre pathologie, des modalités cliniques, excessivement diverses, et il serait impossible pour un cas donné d'établir d'ores et déjà une règle de conduite immuable. Devra-t-on par exemple, lorsqu'une crise d'éclampsie se déclare chez une femme enceinte, recourir d'emblée à l'évacuation de l'utérus ? Il est bien entendu que non. Et ce ne sera que l'aggravation des symptômes, la répétition et la fréquence plus grande des crises, qui pourront commander une évacuation plus ou moins rapide de l'utérus. Et c'est bien cette idée qu'exprimait le professeur Bossi, lorsqu'il disait que « le sens clinique de chaque praticien devait seul le guider dans le choix des moyens ».

Les indications varient en effet dans les divers cas d'une même complication médicale ou obstétricale de la grossesse, différant suivant :

- 1° L'intensité et l'extension de la lésion anatomique.
- 2° La résistance de l'organisme maternel dans chaque cas particulier.
- 3° L'imminence du péril qui menace cet organisme.
- 4° Le pronostic envisagé au point de vue du produit de la conception.

Quoi qu'il en soit, l'accouchement artificiel rapide est indiqué chaque fois que : en présence du danger de mort menaçant la mère et l'enfant, on estime qu'il n'y a pas d'élément de sauvegarde pour l'une ou l'autre ou les deux existences en jeu, autre que l'évacuation de l'utérus.

« Encore faut-il que le médecin se préoccupe de la résistance de l'organisme maternel, aux fatigues et aux traumatismes probables qu'occasionnera l'accouchement, et, s'il se décide à sauver l'enfant, il lui faudra auparavant estimer la résistance que le fœtus aussi pourra présenter aux traumatismes de l'expulsion ou de l'extraction. » (Bossi). Ainsi donc, n'intervenir que lorsqu'il est avéré que les dangers du traumatisme opératoire possibles ne peuvent être comparativement plus graves que ceux que causera la prolongation de la grossesse ou du travail.

Les indications de l'intervention sont de trois ordres, elles considèrent :

- 1^o A la fois l'intérêt de la mère et celui de l'enfant.
- 2^o Seulement l'intérêt de la mère.
- 3^o Seulement celui de l'enfant.

I. — Au premier de ces trois ordres se rattachent d'abord et le plus souvent des causes morbides préexistantes, s'exagérant du fait même de la grossesse. On sait à quels accidents fort graves (œdème aigu pulmonaire, syncope) sont exposées les femmes atteintes d'affections cardiaques, surtout à la fin de la gestation, quand l'utérus, par suite de son développement, apporte une gêne excessive aux mouvements respiratoires. La bacillose pulmonaire, souvent compliquée de laryngite, offre aussi d'assez nombreuses occasions d'accidents graves, pour qu'il soit parfois nécessaire d'interrompre la grossesse et de l'interrompre rapidement.

La maladie de Basedow par le développement croissant du goître, l'asphyxie qui en résulte et les troubles nerveux graves qu'elle engendre, peut être aussi une cause d'interruption rapide de la grossesse; le mal de

Brigth avec l'urémie, l'anémie pouvant donner lieu à l'anémie pernicieuse, offrent aussi parfois des indications absolues à l'interruption de la grossesse et à l'évacuation rapide de l'utérus.

A côté de ces états préexistants et aggravés du fait même de la grossesse, viennent des causes morbides indépendantes de l'état de grossesse, mais d'un pronostic combien plus grave à cause même de cet état; l'organisme maternel affaibli se défend mal, l'infection en aurait vite raison, si l'on n'intervenait rapidement, et cela dans des cas variés à l'envi, tels que pneumonie, broncho-pneumonie, purpura infectieux hémorragique, etc., etc.

De toutes les affections créées par la grossesse, l'albuminurie gravidique est certainement la plus commune et les accidents qu'elle engendre la font à juste titre redouter. C'est surtout contre elle, dans ses manifestations éclamptiques graves, que l'accouchement artificiel rapide trouve son emploi le plus fréquent et, disons-le aussi, souvent seul efficace pour être presque érigé en principe.

L'anémie pernicieuse progressive, les vomissements incoercibles, la chorée gravidique sont aussi justiciables d'une intervention évacuatrice; mais si dans ces affections les résultats sont loin de valoir ceux obtenus dans les cas d'éclampsie, la méthode n'en doit pas moins être conservée et appliquée à l'occasion.

A côté de ces graves atteintes de l'état général de la mère dictant une intervention rapide, il en est d'autres purement locales, confinées dans la zone génitale, mais non moins terribles dans leurs conséquences: ce sont celles qui, par les hémorragies parfois rapidement mortelles qu'elles entraînent, mettent l'accoucheur dans l'obligation absolue de vider l'utérus, pour arrêter

la marche rapide du danger ; les décollements du placenta normalement inséré en sont le plus souvent la cause. Mais à côté du placenta normalement inséré, il y a avec ses hémorragies excessivement graves aussi, pouvant également entraîner la mort de la mère et celle de l'enfant, le placenta anormalement inséré, le placenta prævia, et ici l'intervention sera indiquée non seulement par le degré de l'hémorragie, mais aussi par le degré même de l'anomalie de l'insertion. Dans les cas rares il est vrai de placenta inséré centre pour centre, dans ceux même que l'on appelle partiels et qui envahissent pendant la dilatation du col tout l'orifice utérin, la dilacération hémostatique des membranes est impraticable, on n'arrête pas l'hémorragie. En ce cas pas de temporisation, il faut absolument rejeter le tamponnement, la compression par les ballons, et recourir sans retard à l'accouchement rapide. Là seul est le salut pour la mère, là seul l'enfant trouvera encore quelques chances de survie. Et c'est encore à l'accouchement artificiel rapide qu'il faut avoir recours lorsque le travail se prolongeant, l'œuf étant ouvert, le liquide amniotique s'altère, s'infecte. La fièvre s'allume alors chez la patiente, le liquide amniotique est maintenant fétide, les battements de cœur fœtal s'altèrent, ici encore, il faut intervenir et intervenir rapidement.

C'est encore à l'accouchement rapide que s'adresse le professeur Bossi, lorsque, par suite de fatigue, l'utérus ayant eu à lutter longtemps contre un obstacle, devient inerté. Le col n'est pas dilaté, cependant cette longue période de vains efforts a mis la femme et l'enfant dans un état tel, qu'il est urgent d'agir et d'agir rapidement.

II. — Le seul intérêt de la mère est à considérer, quand, les membranes de l'œuf étant rompues, le fœtus

mort se putréfie. Sous l'influence des poisons de la putréfaction, l'utérus ne se contracte pas, le col reste fermé. Les dangers de septicémie sont tels qu'il ne faut pas hésiter un seul instant à vider artificiellement l'organe.

Dans les présentations de l'épaule, le fœtus étant déjà mort, fortement incarcéré dans le segment inférieur, les membranes étant rompues, le liquide amniotique complètement écoulé, la femme est exposée à des ruptures utérines. Le meilleur traitement en pareil cas consiste en la dilatation artificielle rapide du col et l'extraction du fœtus après embryotomie. C'est là le plus sûr moyen d'éviter l'éclatement du segment inférieur et ses graves conséquences.

III. — Les indications qui considèrent exclusivement le salut de l'enfant peuvent être fournies, soit par une grave atteinte de l'état de la mère, ne permettant plus le moindre espoir pour elle, soit par un état local créant un accident. Le cas le plus commun est fourni par la procidence irréductible du cordon, menaçant l'enfant d'asphyxie mortelle.

L'incarcération du délivre à la suite d'avortement ou d'accouchement à terme peut amener de graves accidents infectieux, et l'extraction hors de l'utérus doit en être faite le plus tôt possible. Cependant cette manœuvre n'est pas toujours facile. Il arrive en effet que le col s'étant rapidement reformé, l'orifice utérin offre au doigt une résistance invincible. Ici encore la dilatation de Bossi trouvera son emploi indiqué.

Bien que dans les diverses publications du professeur Bossi qu'il nous a été permis de consulter nous n'ayons

jamais vu traiter un tel chapitre, nous croyons que quelques contre-indications s'opposent à l'emploi de son instrument pour la dilatation rapide du col ; ces contre-indications nous semblent devoir être tirées de l'état du col et du segment inférieur.

Le carcinome étendu du col, de même que le myome et aussi l'œdème prononcé, ne permettent pas aux tissus une grande résistance, ils deviennent friables, se déchirent vite et loin sur le segment inférieur, entraînant à de graves conséquences. La rigidité due à des lésions syphilitiques est parfois telle qu'elle ne pourrait céder à des manœuvres de force sans entraîner l'éclatement du canal cervical. Enfin les cicatrices provenant soit d'intervention anciennes, soit des lésions, par la résistance qu'offre le tissu fibreux, sont aussi des causes qui devront faire renoncer à la dilatation mécanique.

Dans une publication parue en 1906 et intitulée « Mon procédé d'accouchement artificiel rapide », le professeur L. M. Bossi publie une statistique de 107 cas pour lesquels il a utilisé son dilatateur ; nous y trouvons les temps de l'intervention variant de 4' à 65'. Trente-quatre primipares et soixante-treize multipares ont été accouchées à l'aide du dilatateur. Le temps moyen de l'intervention a été 19' 5" environ.

Le tableau suivant donne le détail respectif des interventions et le résultat obtenu pour chacune des indications :

INDICATIONS	NOMBRE	Résultat heureux		Résultat malheureux		Moyenne de la Mortalité	
		Mère	Enfant	Mère	Enfant	Mère	Enfant
Eclampsie. Albuminurie.....	21	19	16	2	5	9 %	23 3/4 %
Placenta prævia . Décollements du placenta normalement inséré	16	15	8	1	8	6 2 %	50 %
Bacillose pulmonaire et maladies des voies respiratoires	13	13	5	0	8	0 %	61 5/6 %
Cardiopathies	8	8	3	0	5	0 %	62 5/6 %
Sténose du col	22	22	18	0	4	0 %	18 1/3 %
Prolongation du travail. Souffrance du fœtus.....	13	13	8	0	5	0 %	38 4/6 %
Indications variées..	14	12	7	2	7	2 %	50 %
Totaux...	107	102	65	5	42		

Moyenne de la mortalité pour la mère : 4,6 %.

— — — pour l'enfant : 39,2 %.

Or, si après avoir vu ces chiffres nous nous reportons aux statistiques données par les classiques, nous trouvons dans Bar par exemple :

Pour l'éclampsie.	Mortalité	{ Mère : 30 0/0 Enfants : 60 0/0
Placenta prævia.	Mortalité	{ Mère : 9,5 0/0 Enfants : 63-83-65 0/0
Cardiopathie.	Mortalité	{ Mère : 30/0 et 35 0/0 Enfants : ?

Les différences, on le voit, sont grandes et les chiffres plaideraient éloquemment en faveur du procédé italien ; encore n'avons-nous pas considéré, dans cette comparaison, l'état de l'enfant au moment de l'intervention. C'est ainsi que nous trouvons pour l'éclampsie par exemple :

- 2 fœtus déjà morts.
- 1 fœtus non viable.
- 2 enfants morts pendant l'intervention.

Pour le placenta prævia :

- 3 fœtus déjà morts.
- 1 non viable.
- 1 mort pendant l'intervention.

Les cardiopathies et les affections nous donnent, les premières :

- 2 fœtus déjà morts.
- 6 non viables.
- Les deuxièmes :
- 1 fœtus déjà mort.
- 4 non viables.

DEUXIÈME PARTIE

Si à l'étranger, et en particulier en Allemagne sous l'impulsion de Léopold, la dilatation de Bossi a connu une carrière heureuse, nos maîtres en obstétrique eurent à son égard une attitude moins favorable.

On l'a en effet accusé de déchirures parfois très graves, s'étendant jusque sur le segment inférieur et le parametrium ; nous ne nions pas ces cas, puisque nous en rapportons nous-même un exemple dans notre observation I.

Mais, il convient de l'ajouter, dans ce cas particulier la faute n'en revient pas du tout à l'instrument, mais à l'opérateur ; nous avons en effet, noté dans notre chapitre traitant de la technique opératoire un point important : à savoir que, il était nécessaire pour mener à bien la dilatation, sans courir le risque d'accidents, que les tiges dilatatrices introduites dans le col débordassent l'orifice interne du canal cervical.

C'est pour avoir négligé ce point capital (nous nous servions de l'instrument pour la première fois et nous n'étions pas familiarisé avec sa manipulation) que nous avons occasionné une déchirure du col et du vagin.

L'instrument insuffisamment introduit fut donc mis en mouvement, les tiges s'écartèrent dans l'intérieur du canal cervical, sans que l'orifice interne participât à la dilatation; il se produisit ainsi une dilatation infundibuliforme, à base inférieure constituée par l'orifice externe du col; sous l'influence de la dilatation de plus en plus grande, une branche dilatatrice entama profondément la muqueuse et la musculature cervicale, puis l'ayant sectionnée complètement ne trouva plus de résistance et se détendit comme un ressort brusquement lâché, allant heurter violemment le cul-de-sac vaginal droit et y déterminant une profonde déchirure.

Ce fut là notre premier et seul accident, et nous ne pensons pas que les adversaires de la méthode puissent en tirer parti contre elle, car, nous le répétons, seul l'opérateur en était coupable.

Mais, quoi qu'on en ait dit, ces accidents graves sont l'exception, les lésions dues aux dilateurs de Bossi sont, quand elles existent, limitées le plus souvent à la muqueuse du col, qui se trouve plus ou moins éraillée; ce ne sont là que des accidents de peu d'importance on en conviendra, et qui se retrouvent d'ailleurs dans toutes ou presque toutes les méthodes employées pour la dilatation rapide du col.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont, on le reconnaîtra, bien peu de choses lorsqu'on considère les dangers qui menacent soit la mère, soit l'enfant, soit encore les deux êtres à la fois.

Un autre reproche, tout aussi grave, que l'on a adressé au dilateur de Bossi, est le suivant que nous extrayons du rapport du professeur Bar au Congrès de Budapest en 1909 :

« L'orifice du col, le canal cervical dilatés, divulsés

par le dilatateur de Bossi peuvent acquérir un tel calibre que la tête d'un fœtus de six à sept mois y passe aisément. Mais si l'on fait abstraction des cas dans lesquels les tissus sont d'une mollesse particulière, la tête d'un fœtus de huit mois, de poids moyen, ne passe généralement qu'avec un peu de peine ; la tête d'un fœtus à terme, de poids moyen, ne passe qu'en achevant de forcer le col, c'est-à-dire en étendant les déchirures commencées. Dans ce cas, l'accouchement par dilatation rapide du col, faite avec le dilatateur de Bossi, reste dans une certaine mesure, un accouchement forcé... »

C'est là une affirmation contre laquelle nous nous élevons ; dans quelles conditions le professeur Bar est-il intervenu dans les 13 cas dont il parle dans son rapport, nous ne le savons pas ; combien de temps dura la dilatation ; nous l'ignorons aussi, toujours est-il que dans les six cas de dilatation instrumentale que nous rapportons, nous avons eu affaire, une fois à une primipare âgée, nous avons extrait un enfant du poids de 2.725 grammes sans autre lésion qu'une petite érosion de la muqueuse cervicale. Chez les multipares qui font l'objet des observations, II, IV, V, VI, les poids des enfants ont été de 2.270 gr., 2.850 gr., 3.250 gr. et 2.000 gr. Aucune d'elles n'eut la moindre trace de déchirure, aucune des femmes cependant ne présentait un col effacé.

A ce propos, un point fort important aussi et qui va à l'encontre de quelques affirmations, et que nous avons remarqué dans tous nos cas, est le suivant : Sous l'influence de la dilatation, l'utérus, qui ne se contractait d'abord pas, se contracte maintenant, et d'autant plus énergiquement que la résistance est plus grande. Le col.

qui avait le plus souvent toute sa longueur, tend aussi à s'effacer, sans doute sous l'influence des contractions physiologiques de l'utérus mécaniquement excité ; nous ne l'avons jamais vu complètement effacé à la fin de la dilatation, mais toujours assez mince pour permettre le passage sans aucune lésion, à la tête, même dernière.

C'est là un fait que Bossi a été le premier à mettre en évidence, qui montre aussi que son appareil n'est pas un divulseur, n'est pas seulement un dilatateur, mais un dilatateur-exciteur, plus puissant, plus rapide, que celui de Tarnier, que le procédé de Bonnaire.

Et puisque l'on veut faire du dilatateur de Bossi un instrument destiné à l'accouchement forcé, nous acceptons cette appellation, sous la réserve cependant d'une définition tout autre de l'accouchement forcé. C'est pour nous une opération d'urgence destinée à remplacer le travail de la nature, ou mieux encore à le provoquer et le renforcer, en vue d'abréger le plus possible les divers temps de l'accouchement. L'accoucheur brûle les étapes mais les marque, et, nous le voyons, le dilatateur de Bossi remplit de telles conditions : il est à la fois dilatateur et exciteur, il permet une dilatation du col suffisante pour extraire un enfant même à terme, sans qu'il soit besoin d'utiliser le volume même de cet enfant pour parfaire une dilatation incomplète.

Et son emploi n'est pas seulement limité aux cols de multipares déjà préparés par des accouchements antérieurs, permettant une introduction plus facile des tiges et n'offrant pas une très grande résistance à la dilatation. Mieux que tout autre procédé, il peut être employé chez les primipares avant tout début de travail alors que

le col est encore dur, qu'il a conservé sa longueur, qu'il n'est pas perméable. Dans ces cas la dilatation est certainement plus longue et plus pénible, mais elle se fait toujours et sans lésions, pourvu que l'opérateur sache être patient.



TROISIÈME PARTIE

Durant notre séjour à la clinique obstétricale d'Alger, nous avons eu l'occasion de voir appliquer ou d'appliquer nous-même le dilatateur métallique de Bossi. Toujours les résultats ont été très satisfaisants, la dilatation obtenue rapidement et sans lésion appréciable, sauf cependant dans le cas que nous exposons dans l'observation I et où il convient plutôt de critiquer non l'appareil mais les opérateurs. Dans les quelques observations que nous publions nous avons obtenu une dilatation complète dans un laps de temps variant de 9' à 45', bien suffisante pour permettre le passage d'une tête fœtale normale à terme sans lésions graves du col.

OBSERVATION I

MM. Laffont, interne du service, et Aboulker.

Néphrite chronique. — Accidents urémiques. — Accouchement forcé dans le sixième mois. — Lésions graves du col et du cul-de-sac vaginal droit. — Dilatation de Bonnaire. — Phlegmon du ligament large droit.

B..., Angèle, 21 ans, sans profession. Secondipare.

Antécédents personnels. — Variole à 7 ans, néphrite chronique.

A eu une première grossesse venue à terme, accouchement normal (sommet) en avril 1908.

Après son accouchement violentes crises d'éclampsie qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Les crises cessent sous l'influence de la médication habituelle : Saignée générale, purgatifs, régime lacté, théobromine.

12 juin 1909. — La malade qui est enceinte de cinq mois rentre à l'hôpital, salle Tarnier, pavillon des isolées. Elle présente un œdème généralisé très prononcé, de la dyspnée, des douleurs de tête violentes, des vomissements bilieux presque continuels.

A l'auscultation râles fins aux deux bases.

Rien au cœur. Le pouls est tendu et marque 24 centimètres de mercure au sphymomanomètre.

Urines 600 grammes, albumine 12 grammes par litre.

On institue une médication révulsive et dérivative à l'aide de ventouses sur la poitrine, le dos et les reins, et de purgatifs salins. Régime lacté, 1 gr. 50 théobromine.

Du 12 au 23 juin, variations très sensibles dans la teneur en albumine, l'état général de la malade est cependant assez bon. La céphalée, les vomissements qui avaient cessé reparaissent le 23 au soir.

Le 24 on note :

Une dyspnée fréquente, des râles fins aux deux bases jusqu'aux lobes moyens.

Le cœur présente un bruit de galop très net. Le poulx est très dur, marquant 35 centimètres de mercure.

Les urines accusent plus de 15 gr. d'albumine par litre.

On décide d'intervenir et d'arrêter la grossesse.

La femme est transportée aux pavillon de travail où elle subit une toilette rigoureuse des organes génitaux.

Le toucher laisse sentir un col long, dur, permettant à grand-peine l'introduction de l'extrémité de l'index.

On applique le dilatateur de Bossi, privé de ses capuchons.

Le col étant très résistant, la dilatation se fait avec peine. On note au bout d'un quart d'heure une dilatation de deux centimètres.

On continue doucement à tourner le volant, mais à ce moment les branches du dilatateur sortent du col et vont heurter violemment le vagin, comme un ressort brusquement lâché. Du sang s'écoule par la vulve et le doigt explorateur reconnaît une déchirure du col portant sur toute son épaisseur et longue de deux centimètres environ. Du côté du vagin l'instrument a provoqué une déchirure du cul-de-sac latéral droit, déchirure mettant en communication le paramétrium avec le vagin.

On arrête la dilatation instrumentale et on place un ballon de Tarnier à 4 h. 1/2 de l'après-midi.

25 juin. — La malade a passé une nuit fort pénible. Le poulx bat à 108. La température monte à 37°5.

Le col est dilaté comme un peu plus de cinq francs. On introduit trois doigts pour compléter la dilatation. En trente minutes elle est suffisante pour permettre le passage à un fœtus de cinq mois et demi.

Le placenta suit quelques instants après.

L'état général de la malade s'améliore sensiblement de jour en jour, mais du côté génital il se produit un phlegmon au ligament large droit, que l'on draine par l'ouverture accidentelle.

La malade sort le 18 juillet.

Ses urines ne contiennent que 0 gr. 75 d'albumine par litre. Sa tension artérielle est de 17 cm. 5.

OBSERVATION II.

(MM. Benhamou, chef de clinique obstétricale, et Aboulker)

Bacillose pulmonaire. — Accidents laryngés. — Moribonde.
Accouchement forcé. — Enfant vivant.

Hélène L..., 29 ans, sans profession, multipare.

Entre le 15 juin 1909 dans notre service de médecine, salle Bouillaud, pour bacillose pulmonaire (cavernes) et complications laryngées.

• Plusieurs hémoptysies assez abondantes dans le cours de la journée.

Respiration très dyspnéique, pouls petit, rapide, sueurs profuses, extrémités refroidies et cyanosées.

L'auscultation des poumons n'est pas possible, la complication laryngée masquant les bruits pulmonaires.

La femme enceinte de huit mois environ, ayant un fœtus vivant, on l'évacue au pavillon d'accouchement.

Le chef de clinique prévenu décide de délivrer la femme afin de sauver l'enfant.

Toilette génitale complète.

Le toucher fait sentir un col ramolli permettant l'introduction de l'index, pas d'effacement.

Introduction du dilatateur de Bossi, la dilatation est complète en douze minutes, sans aucune déchirure. Extraction au forceps d'un

enfant vivant de sexe masculin, du poids de 2 kg. 270 et d'une longueur de 47 centimètres.

Délivrance artificielle.

Durée totale de l'accouchement 20 minutes.

La mère décède dans la nuit, 10 heures après l'intervention.

OBSERVATION III

Accouchement prématuré provoqué. — Rupture accidentelle des membranes.
Accouchement forcé. — Enfant vivant.

Maria M..., 29 ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 20 août 1909 pour y faire ses couches.

Antécédents personnels. — Paludisme à 20 ans.

Les dernières règles datent du 12-15 janvier 1909.

L'utérus est à huit travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Présentation du sommet, mobile au détroit supérieur en position G. T.

Au toucher on a un col long, dur, fermé, très en arrière. Promontoire accessible à 10 cm. Diamètre promonto sous-pubien utile 8 cm. 5. Bassin aplati.

On décide aussitôt l'accouchement prématuré. Le 21 août, au matin, la femme est menée à la salle de travail, où elle subit une désinfection rigoureuse. Injection vaginale à la liqueur iodo-iodurée de Tarnier. Badigeonnage du vagin et du museau de tanche à la teinture d'iode.

Introduction d'une sonde de Krause à 9 heures du matin. La

femme est ensuite reportée sur le lit d'attente, dans la chambre attenante au pavillon de travail.

A 12 h. 30 petites douleurs, très espacées, qui mettent cependant la patiente dans un état d'énervement tel, qu'elle retire à 5 heures le tampon et la sonde.

A 6 heures dilatation comme 2 francs, léger effacement.

Application du ballon de Tarnier à 7 heures du soir, il est expulsé le lendemain matin à 4 h. 45. Les douleurs, qui s'étaient réveillées à la suite de l'application du ballon, cessent une demi-heure après qu'il a été expulsé.

Le 22 août à 8 heures du matin, on trouve une dilatation comme 5 francs, le col est encore long de 2 centimètres.

Après une nouvelle toilette des organes génitaux, on tente l'introduction d'un ballon de Champétier de Ribes, mais la malade devient tellement indocile, et fait tant de mouvements au moment de l'introduction de la pince porte-ballon, qu'elle provoque une déchirure des membranes.

En face de l'indocilité de plus en plus grande de la malade, qui refuse maintenant toute nouvelle application de ballon, on décide d'intervenir rapidement.

Introduction du dilateur de Bossi muni de ses capuchons à 9 h. 30. Après quelques tours, les contractions se réveillent, la dilatation avance d'instant en instant; à 10 h. 15 l'aiguille indicatrice indiquant 9 centimètres, on arrête la dilatation. L'instrument est laissé en place environ 10 minutes avant d'être retiré très lentement.

Au toucher on a un col complètement dilaté, à peine épais, légère éraillure de la muqueuse à droite. Une anse du cordon bat au niveau du col.

Elle est refoulée par la main qui va faire la version.

Extraction d'un fœtus en état d'asphyxie, après manœuvre de Champétier de Ribes, et forceps sur la tête dernière.

Délivrance artificielle.

Légère déchirure de la fourchette.

L'enfant pesant 2 kg. 725 est vite ranimé.

Pas de lésion du col.

Suites de couches normales.

Au douzième jour le col est complètement reformé, l'orifice interne est fermé.

OBSERVATION IV

Coma éclamptique. — Fœtus mort. — Accouchement forcé.

Louise L..., 37 ans, multipare.

Entre à l'hôpital le 1^{er} octobre 1909, pour éclampsie.

Depuis le 26 septembre, la malade se plaignait de céphalée et d'étouffements.

Le 30 septembre, troubles oculaires (mouches volantes) et auditifs (bourdonnements d'oreilles). Nausées sans vomissements.

Le 1^{er} octobre, les symptômes précédents sont plus accentués, la malade a de la dyspnée, les vomissements apparaissent. A 6 heures du matin elle est prise de crises, qui vont se répétant d'instant en instant, jusqu'à midi, heure à laquelle la malade arrive à l'hôpital dans le coma.

On note de l'anasarque généralisée.

La face, les mains, les pieds sont violacés. Température 37°8.

Pouls tendu 24 centimètres de Hg, 80 pulsations à la minute.

La malade est sondée, on retire 150 grammes d'urine. Albumine très abondante.

Lavage de l'intestin à grande eau. Oxygène en inhalations. Injections d'éther.

Pas de bruits de cœur fœtal.

On intervient.

Le toucher laisse entre un col en voie d'effacement, dilaté comme 2 francs. Membranes intactes.

Introduction du dilateur de Bossi, à midi 45, dilatation progressive dans l'intervalle des contractions qui se sont réveillées au contact des branches.

Dilatation complète en 19 minutes.

Perforation de la poche des eaux, liquide amniotique jaune verdâtre.

Application de forceps sur la tête O. L. G. A., extraction d'un fœtus mort du poids de 2 gr. 850.

Délivrance artificielle.

Aucune lésion du col.

Comme l'écoulement sanguin est peu abondant, saignée complémentaire de 500 grammes.

La malade est évacuée au pavillon Tarnier.

On lui administre un lavement purgatif du codex de 250 grammes auquel on ajoute 2 gouttes d'huile de croton. Selles abondantes fetides.

A 9 heures la femme sort du coma.

A 10 h. 14 nouvelle crise, combattue par l'administration de chloroforme. Durée 10 minutes environ.

On fait respirer de l'oxygène à la malade, à 12 h. 25, nouvelle et dernière crise très courte.

La malade passe le reste de la nuit d'une façon assez satisfaisante.

20 octobre. — La malade est très hébétée, ignore où elle est, ne reconnaît pas son mari.

La température est de 37°5. La tension égale 22 centimètres Hg. Albumine 11 grammes par litre.

On continue le traitement suivant:

Ventouses sèches sur les reins matin et soir.

Régime lactée absolu. Iodochlorure 1 gr. 50. Lavages intestinaux.

La malade est calme.

Le 20 octobre, l'œdème a presque totalement disparu. La malade est mieux, cause et reconnaît ses enfants.

Température 36°7.

Urine 2,500 grammes. Albumine 4 grammes par litre.

La malade sort le 18 novembre complètement guérie. Ses urines ne gardent plus de traces d'albumine. La tension actuelle égale 17 centimètres d'Hg.

Le col mesure 4 centimètres, l'orifice interne est fermé.

OBSERVATION V

Coma éclamptique. — Grossesse à terme. — Accouchement forcé
Enfant vivant.

Catherine S..., 36 ans, multipare, entre le 19 septembre 1909 pour éclampsie.

La malade est dans le coma depuis déjà deux heures, quand elle est menée à l'hôpital.

Anasarque généralisée, œdème de la vulve.

Fœtus vivant, bruits du cœur battant à gauche de la ligne blanche. Tête mobile au détroit supérieur en G. T.

Au toucher, col ramolli, non effacé.

L'orifice externe est perméable. L'orifice interne ne permet pas l'introduction du bout de l'index.

Application du dilateur de Bossi à 10 h. 30. L'introduction des tiges dilatatrices se fait assez difficilement, le col étant fortement replié en arrière et ne se laissant pas trop ramener dans le centre de l'excavation.

Dilatation lentement progressive, l'orifice interne est très résistant et ne cède que difficilement. Au bout de quelques minutes, les contractions utérines apparaissent, la dilatation se fait maintenant plus facilement, elle est complétée à 11 h. 5, sans aucune lésion du col.

Extraction par version podalique et Mauriceau d'un fœtus vivant du poids de 3 kg. 500.

Aucune lésion du col après passage de la tête.

Délivrance artificielle.

Injection intra-utérine de liqueur de Tarnier.

Traitement médical de la malade, qui reprend ses sens au bout de 24 heures.

Le 15 octobre, la malade sort complètement guérie. Le col est long de 4 centimètres environ, l'orifice interne fermé.

L'enfant pèse 4 kg. 225.

OBSERVATION VI

Placenta prævia marginal. — Hémorragies graves. — Accouchement forcé.

Thérèse B..., 26 ans, sans profession, multipare.

La femme entre le 7 septembre 1909, à 11 heures du soir, pour hémorragie grave durant déjà depuis plus de deux heures.

L'interne de garde fait un tamponnement vaginal. Injection de 500 grammes de sérum caféiné.

A 5 heures du matin, le tamponnement qui avait réussi à arrêter l'hémorragie devient insuffisant, la malade perd à nouveau très abondamment.

Quelques douleurs se font alors sentir. Nouveau tamponnement vaginal. Sérum artificiel 250 grammes, caféine 0 gr. 25. La femme continuant de perdre, on décide d'intervenir.

Après aseptie des voies génitales, on trouve au toucher un col à peu près effacé, dilaté comme 5 francs. Une masse mollassse en

obstrue l'orifice et le déborde de toutes parts. On reconnaît les cotylédons placentaires. Le sang s'écoule abondamment, malgré une large déchirure des membranes sur le segment inférieur à environ 6 à 7 centimètres à droite.

On pratique la dilatation artificielle à l'aide du Bossi introduit muni de ses capuchons. La dilatation est complète en 9 minutes.

Extraction d'un fœtus de 2000 grammes en état d'asphyxie.

Délivrance artificielle. L'utérus ne se rétracte pas et laisse couler du sang. On fait un tamponnement manuel qui fait cesser l'inertie.

Injection intra-utérine de 10 litres de liqueur de Tarnier.

Pendant que l'on s'occupe de l'état général de la femme, l'interne de garde essaie, mais en vain, de ranimer l'enfant qui meurt après quelques inspirations.

Les suites de couches sont très satisfaisantes.

Le 9 septembre, la femme demande à sortir et, sur le refus du chef de service, s'évade de l'hôpital.

De l'étude de ces quelques observations, ce qu'il nous faut retenir, c'est, en premier lieu, l'efficacité constante du dilatateur de Bossi ; employé méthodiquement, sans force, sans à-coup, il nous a donné constamment dans un temps très court une dilatation suffisante pour permettre l'extraction d'enfants à terme ou près du terme ; et cela sans déchirures, sans autres lésions que de légères fissures de la muqueuse cervicale.

Sauf dans le cas qui fait l'objet de notre observation I, les suites de couches ont toujours été normales, sans élévation de température, et cela grâce à l'asepsie constante que nous avons pu observer.

La dilatation, obtenue sans fatigue pour l'opérateur, lui permet facilement l'emploi des manœuvres d'extraction parfois pénibles et douloureuses, telles que la version,

la manœuvre de Champetier de Ribes et celle de Mauriceau.

Aussi concluons-nous en disant du procédé de Bossi qu'il remplit les conditions que Boissard a demandées à tout bon procédé, c'est-à-dire :

1° L'innocuité,

2° La rapidité,

3° La constance,

qui font que le médecin qui a recours à lui se trouve, comme le dit Bossi, « maître du temps, maître de la situation ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVARD. — Traité, p. 461.

AUDION. — La dilatation mécanique du col de l'utérus par la méthode de Bossi et ses indications médicales. (Bulletin médical, 1903, n° 26.)

BAR. — L'accouchement par dilatation rapide du col (Obstétrique, 1909).

BAR et BUDIN. — Traité pratique de l'art des accouchements.

BOISSARD. — France médicale, 1899 (Clinique).

— De la dilatation forcée du col de l'utérus pendant la grossesse et le travail. O. Doin, éditeur, Paris, 1906.

BONNAIRE. — Accouchement prématuré provoqué (Critique in Progrès médical, juin 1890).

— De l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation instrumentale du col utérin. (Presse médicale, n° 66, 1909).

— Accouchement méthodiquement rapide par dilatation manuelle du col utérin (Presse médicale, n° 67, 1909).

BOSSI. — Metodo per provocare rapidamente il parto nei casi distocici di grave urgenza. (Congrès médéc. de Berlin, 1890.

— Les indications médicales à l'interruption de la grossesse. (Obstétrique 1902).

— Il mio metodo di parto artificiale rapido (1906).

CHAMPETIER DE RIBES. — Accouchement provoqué (Annales de gynécologie, 1888).

DEMELIN. — Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement (Revue générale de clinique et thérapeutique, décembre-1893).

— De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant l'accouchement (Obstétrique, 1898).

— Revue et mémoire d'obstétrique (Paris, 1900, p. 634).

DEGOY. — De l'insertion habituelle du placenta (Thèse Paris, 1898).

FOURNIER. — Accouchement forcé et version pour l'insertion vicieuse du placenta avec hémorragie (Obstétrique, 1900).

— Accouchement forcé pour insertion vicieuse du placenta avec hémorragie (Obstétrique, 1900).

GRENET. — La dilatation du col pendant le travail de l'accouchement (Thèse Paris, 1894).

GACHE. — Travaux d'obstétrique. Paris, Steinheil, 1909.

GUILLEMEAU. — De la grossesse et accouchement des femmes. Paris, 1619.

LE CAMUS. — De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie (Th. Paris, 1891).

LÉOPOLD. — Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von Bossi (Arch. f. Gyn. Bd. LXXVII, Hft. 1.).

MAYGRIER. — Sur la rigidité du col pendant l'accouchement (Clinique in Semaine médicale, 1891).

SCHOEFFER. — Critique des méthodes de provocation du travail et de la dilatation artificielle du col.

TARNIER. — Clinique sur l'écarteur utérin (Progrès médical, 1890).

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

Société obstétricale de France (Annales, 1895, p. 105, 114, 122, 142).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 4 mai 1910.

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

LÉON-G. PÉLISSIER,

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 4 mai 1910.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

